

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador	Qtd CRO(s)		1		
Data					
Operadora		CRO	UF	Nome dentista	
ODONTOLIFE		54341	MG	MARCELA DE OLIVEIRA PARO DAMASIO DOS REIS	
CNPJ		CPF			
00170925000180		05901777611			
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo	
14/05/2021	PJ	Operadora	SAD168504508217	26/05/2023	
Cidade	UF	nº de vidas	nº CRO(S) únicos divulgados		
CORONEL FABRICIANO	MG	114	12		
Atende outros convênios					
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Quais?			
Moeda		Última produç.	Valor última prod.		
0,51		SEM GUIAS	R\$ -		
Data inicio	Data final	Tempo finalização			
25/05/2023	16/06/2023	22 dia(s)			
1º contato	Data	25/05/2023			
Obs.:					
Qual o motivo da solicitação R. Em contato na data de hoje com Natasha, secretária da clínica para atualização dos dados cadastrais, informou que a prestadora Dra MARCELA DE OLIVEIRA PARO DAMASIO DOS REIS CRO 54341 MG, não trabalha mais na clínica.					
2º contato	Data	29/05/2023			
Obs.:					
Boa tarde - Em contato no telefone (31) 38421575 confirmam saída da prestadora, não localizei outros contatos da mesma e clínica não estava autorizada a repassar. Clínica não possui novas inclusões. Seguir com desligamento da prestadora MARCELA DE OLIVEIRA PARO DAMASIO DOS REIS CRO 54341					
3º contato	Data				
Obs.:					
4º contato	Data				
Obs.:					

5º contato Data

Obs.:

Motivo Retenção

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores | <input type="checkbox"/> Ofertado suporte | <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação |
| <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem | <input type="checkbox"/> Outros | |

Obs.:

Motivo desligamento

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perda de Contato | <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde | <input type="checkbox"/> Beneficiário Grosseiro |
| <input type="checkbox"/> Valores | <input type="checkbox"/> Franquia | <input type="checkbox"/> Alteração responsável ténico |
| <input checked="" type="checkbox"/> Removido prestador | <input type="checkbox"/> Burocracia | <input type="checkbox"/> Glosas |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema | <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento | <input type="checkbox"/> Encerramento de atividades |
| <input type="checkbox"/> Regras Técnicas | <input type="checkbox"/> Prazo de Liberação de Guia | <input type="checkbox"/> Divulgação indevida |
| <input type="checkbox"/> Baixa procura | <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central | <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta |
| <input type="checkbox"/> Cobrança indevida | <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético | <input type="checkbox"/> Aposentou |
| <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização | <input type="checkbox"/> Sem interesse em convênio | <input type="checkbox"/> Mudou de área |
| <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular | <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento | <input type="checkbox"/> Período liberação de guias |
| <input type="checkbox"/> Servidor Público | <input type="checkbox"/> Vendeu a Clínica | <input type="checkbox"/> Motivos particulares |
| <input type="checkbox"/> Óbito | | |

Necessário abertura de protocolo

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|---|

Obs. Geral

Setor responsável

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I | <input type="checkbox"/> Análise técnica | <input type="checkbox"/> Comercial |
| <input type="checkbox"/> Central de atendimento | | |

Agata B. Gomes